



SOLICITUD DE TRANSPORTE SANITARIO PROGRAMADO

(Deben cumplimentarse todos los datos solicitados)

Adjuntar siempre informe médico

1. PACIENTE:

Nombre Apellidos

Nº tarjeta sanitaria *

4 letras		12 números	

Domicilio

Localidad Teléfono

2. DEFICITS FUNCIONALES QUE JUSTIFICAN LA UTILIZACIÓN DE TRANSPORTE SANITARIO (psicomotrices, org. de sentidos, etc...):

3. CAUSA DE LAS LESIONES (señalar con una X):

- Enfermedad común
 Accidente de tráfico
 Accidente laboral
 Accidente casual
 Otras (Especificar: _____)

4. TRATAMIENTO:

Servicio al que acude

Centro sanitario

Fecha de comienzo	<input type="text"/>	Fecha de finalización	<input type="text"/>	Duración	<input type="text"/>
Hora de comienzo	<input type="text"/>	Hora de finalización	<input type="text"/>	Duración aproximada	<input type="text"/>

Frecuencia semanal: Diario
 L, X, V
 M, J, S
 Otros (Indicar: _____)

5. TIPO DE TRANSPORTE SANITARIO SOLICITADO:

- Colectivo
- Individual (justificación de la solicitud): _____
- Condiciones especiales requeridas para el traslado (acompañante, oxígeno, etc...): _____
- Justificación: _____

En _____, a ___ de _____ de 200__

EL FACULTATIVO ESPECIALISTA
(sello y firma)

* En caso de no disponer de este dato, consignar el número de afiliación a la Seguridad Social , fecha de nacimiento/edad y sexo (hombre, mujer).